

Position der Groupe Mutuel

Jährliche Festlegung der Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung



Versichert. Genau jetzt.

August 2018

Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, Postfach CH-1919 Martigny

In Kürze

Die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) folgen der Kostenentwicklung. Werden mehr und teurere Gesundheitsleistungen konsumiert, steigen im folgenden Jahr die Prämien. Die OKP-Krankenversicherer dürfen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) keinen Gewinn machen. Die Einnahmen müssen jedes Jahr kostendeckend sein, daher sind die Prämienberechnungen jedes Jahr wieder ein grosse Herausforderung. Dabei werden unterschiedliche Faktoren berücksichtigt: medizinische Kosten, Risikoausgleich, Höhe der Reserven, Anzahl der erwarteten Neuversicherten, Portfoliostruktur, kantonale oder regionale Unterschiede, usw. Alle Prämien werden vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geprüft und müssen von diesem bewilligt werden.

Ausgangslage

Die Krankenversicherer definieren ihre Prämien jährlich per Ende Juli für das folgende Kalenderjahr. Dies geschieht aufgrund der zu erwartenden Kosten. Dabei sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, so zum Beispiel die Bruttoleistungen nach Kostengruppe, die Kostenbeteiligung der Versicherten, der Risikoausgleich, die Verwaltungskosten, aber auch regionale Besonderheiten oder die Bevölkerungs- und Portfoliostruktur an sich.

Wichtig

Zum Zeitpunkt der Eingabe der Prämien beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) Ende Juli kennen die Krankenversicherer für das laufende Jahr erst teilweise die Kosten der Monate Januar bis ca. April. Aus diesem Grund erfolgt die Prämienberechnung für das Folgejahr grundsätzlich auf Grund von Hochrechnungen, welche die oben erwähnten Faktoren berücksichtigen.

Prämienbestimmung

Der Prämienberechnungsprozess ist entsprechend komplex. Die Versicherer müssen das gesamte erwartete Prämienvolumen für das darauf folgende Jahr vorsehen, ohne die Kosten des laufenden Jahres genau zu kennen. Die Prämien werden pro Kanton, pro Prämienregion, pro Versicherungsmodell und Franchise anhand der erwarteten Kosten im Detail bestimmt. Massgebend sind folgende Faktoren:

› Die finanziellen Eckwerte des Vorjahres

Die Krankenversicherer berücksichtigen die Rechnung und die Bilanz des Vorjahres, welche die wesentlichen Angaben über die Einnahmen und die Ausgaben, sowie über die Reserven enthalten.

› Hochrechnungen über das laufende Jahr

Für das laufende Jahr verfügen die Krankenversicherer bei der Prämienbestimmung ab Mai bis Ende Juli lediglich über die Angaben zu den bezahlten Rechnungen der erbrachten medizinischen Leistungen vom 1. Januar bis ca. April/Mai. Ein grosser Teil der bis Ende April abgerechneten Rechnungen widerspiegelt zudem noch Leistungen des Vorjahres bzw. sogar früherer Jahre und ein Teil der Rechnungen des laufenden Jahres wurde zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht eingeschickt. Diese Daten zeigen somit lediglich eine Tendenz auf. Um die Datenbasis zu verbessern, erstellen die Krankenversicherer deshalb auch Hochrechnungen für die Gesamtkosten und die Einnahmen – basierend u. a. auf Erfahrungswerten der Vorjahre.

› Prognosen für das darauf folgende Jahr

Als dritten Schritt bei der Kostenschätzung müssen die Krankenversicherer die Gesamtausgaben des nächsten Jahres vorsehen und mit einbeziehen. Dabei werden verschiedene Kriterien und Daten einbezogen, die je nach Krankenversicherer auch individuell unterschiedlich sind, wie etwa die geographische Verteilung und die Altersstruktur des Versichertenbestandes, etc.

Genehmigung der Prämien durch das BAG

Die auf dem KVAG beruhende Prämiengenehmigung durch das BAG verfolgt u. a. folgende Ziele:

- Ausschliesslich kostendeckende Prämien werden bewilligt.
- Die finanzielle Sicherheit der Versicherer (u. a. aufgrund der gesetzlichen Pflicht zur Reservenbildung) muss gewährleistet sein.
- Die Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen (Rabatte bei Wahlfranchisen oder alternativen Versicherungsmodellen, Prämienregionsregeln etc.) muss sichergestellt sein.

Die Versicherer reichen die so von ihnen vorgesehenen Prämien, zusammen mit den Angaben zu den Versichertenbeständen, den Hochrechnungen des laufenden Jahres und dem Budget des folgenden Jahres etc. per Ende Juli dem BAG zur Genehmigung ein.

Prüfung der eingegeben Prämien durch das BAG

Die eingegebenen Prämien werden in Bezug auf die finanzielle Sicherheit der Versicherer durch das BAG geprüft. Gibt es diesen statt, kontrolliert es auf kantonaler Ebene die Kostendeckung der Prämien und überprüft, ob die Prämien nach den vorhandenen regionalen und kantonalen Kostenunterschieden abgestuft sind. Zusätzlich prüft das BAG die Einhaltung der gesetzlichen Grundlagen betreffend Rabatte, insbesondere für folgende Versicherungsmodelle:

- Unfallausschluss
- Wahlfranchisen
- Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer

Prämienkommunikation

Der Zeitpunkt der jährlichen Prämienkommunikation ist für Versicherer wie deren Versicherte bedeutsam: Das BAG teilt den Genehmigungsentscheid für die Prämien allen Versicherern gleichzeitig mit. So wird sichergestellt, dass sich kein Versicherer durch eine vorzeitige Kommunikation der Prämien einen Marktvorteil verschaffen kann.

Offizieller Prämienvergleich

Damit Versicherte die Prämien aller Versicherer in einer offiziellen Übersicht vergleichen können, stellt das BAG einen Prämienvergleich, einen Prämienrechner und ergänzende Informationen zur Verfügung. (www.priminfo.ch)

Wechsel des Versicherers bis Ende November

Nachdem die Versicherer den Genehmigungsentscheid vom BAG erhalten haben, müssen sie ihre Versicherten bis spätestens Ende Oktober über die ab 1. Januar des nächsten Jahres geltenden Prämien informieren. Alle Versicherten haben anschliessend bis Ende November Zeit, den Versicherer zu wechseln und/oder ihr Versicherungsmodell anzupassen.

Verwendung der Prämien

Das Gesetz schreibt den Krankenversicherern in Art. 13 Abs. Bst. a KVG vor, dass die Prämien der OKP zweckgebunden verwendet werden müssen. Die Mittel dürfen somit nur zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung verwendet werden. Das heisst konkret, dass die Krankenversicherer keine Gewinne aus den Prämieinnahmen der OKP erzielen dürfen.

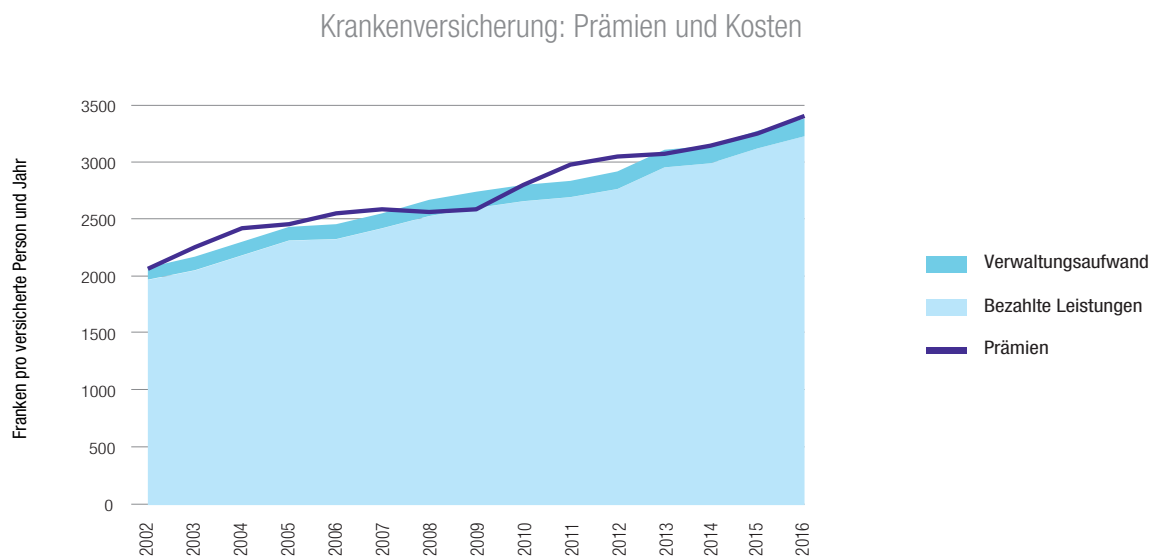
Allfällige Prämienüberschüsse eines bestimmten Jahres werden folglich zweckgebunden zur Deckung zukünftiger Behandlungskosten verwendet.

Prämien sind ein Abbild der Kosten

Die Krankenkassenprämien sind ein Abbild der Kosten OKP. Je mehr medizinische Leistungen die Bevölkerung in Anspruch nimmt, umso mehr steigen die Kosten und umso mehr steigen die Prämien.

Auf der folgenden Graphik ist ersichtlich, dass sich die Leistungen und die Prämien im Gleichschritt entwickeln.

Aus der Graphik ist auch der kleine Anteil der Verwaltungskosten zu sehen. Der Anteil der Verwaltungskosten an den Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hat sich seit dem Jahr 1996 von 8,2% auf 4% im Jahr 2016 reduziert.



FAZIT

Die Prämienentwicklung folgt der Kostenentwicklung der konsumierten Leistungen. Die Prämienberechnung ist dabei jedes Jahr eine grosse Herausforderung für die OKP-Versicherer. Dabei werden verschiedene Faktoren berücksichtigt: medizinische Kosten, Risikoausgleich, Höhe der Reserven, Anzahl der erwarteten Neuversicherten, die Bevölkerungsentwicklung, Portfoliostruktur usw. Alle Prämien werden vom BAG geprüft und müssen von diesem bewilligt werden. Wenn im Lauf eines Jahres die eingenommenen Prämien höher sind als die von den Versicherten verursachten Kosten, setzt der Krankenversicherer diesen Überschuss im folgenden Jahr zur Dämpfung des Prämienanstieges ein. In jedem Fall dient jeder Prämienfranken zur Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die keinerlei Profit machen darf.

Ihr Kontakt der Groupe Mutuel

Miriam Gurtner

Leiterin Public Affairs

Tel. 058 758 81 58

migurtner@groupemutuel.ch

www.groupemutuel.ch